FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNÉE 1926 N°

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

PITOIS PAUL

Né le 11 Novembre 1894, à VINCENNES

Contribution à l'étude du Bubon Strumeux de l'Aine

Président de thèse : Professeur F. LEJARS

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES
7, RUE DE VALOIS, 7

1926

I. — PROFESSEURS.

Le Doyen	**M. ROGER.**

MM.

Anatomie	Nicolas.
Anatomie médico-chirurgicale	Cunéo.
Physiologie	Ch. Richet.
Physique médicale	André Broca.
Chimie organique et chimie générale	Desgrez.
Bactériologie	Bezançon.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel Labbé.
Pathologie médicale	Sicard.
Pathologie chirurgicale	Lecène.
Anatomie pathologique	Letulle.
Histologie	Prenant.
Pharmacologie et matière médicale	Richaud.
Thérapeutique	Carnot.
Hygiène	Léon Bernard.
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Ménétrier.
Pathologie expérimentale et comparée	Roger.
Clinique médicale	Gilbert. Chauffard. Achard. Widal.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marfan.
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. Claude.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Jeanselme.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Clinique des maladies infectieuses	Teissier.
Clinique chirurgicale	Delbet. Hartmann. Lejars. Gosset.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique urologique	Legueu.
Clinique d'accouchements	Couvelaire. Brindeau. Jeannin.
Clinique gynécologique	J.-L. Faure.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Broca Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	Vaquez.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Sebileau.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Duval.
Clinique propédeutique	Sergent.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
Abrami.....	Pathologie médicale.
Alglave	Pathologie chirurgicale
Aubertin	Pathologie médicale.
Basset.....	Pathologie chirurgicale
Baudouin	Pathologie médicale.
Binet.....	Physiologie.
Blanchetière	Chimie biologique.
Branca	Histologie.
Brulé	Pathologie médicale.
Busquet	Pharmacologie et matière médicale.
Cadenat	Pathologie chirurgicale
Champy	Histologie. ..
Chiray	Pathologie médicale.
Clerc	Pathologie médicale.
Debré	Hygiène.
I. de Jong	Anatomie pathologique
Duvoir	Médecine légale.
Ecalle	Obstétrique.
Fiessinger ..	Pathologie médicale
Foix.....	Pathologie médicale.
Garnier	Pathologie expérimentale.
Harvier	Pathologie médicale.
Heitz-Boyer .	Urologie.
Hovelacque .	Anatomie.
Joyeux	Parasitologie.

MM.	
Labbé Henri .	Chimie biologique.
Lardennois ..	Pathologie chirurgicale
Le Lorier....	Obstétrique.
Lemaitre	Oto-rhino-laryngologie
Lemierre	Pathologie médicale.
Levy-Solal ..	Obstétrique.
Lhermitte ...	Pathologie mentale.
Lian.....	Pathologie médicale.
Mathieu	Pathologie chirurgicale
Metzger	Obstétrique.
Mocquot	Pathologie chirurgicale
Mondor	Pathologie chirurgicale
Moure	Pathologie chirurgicale
Mulon	Histologie.
Philibert ...	Bactériologie.
Ribierre	Pathologie médicale.
Richet Fils ..	Physiologie.
Rouvière ...	Anatomie.
Strohl	Physique médicale.
Tanon	Pathologie médicale.
Tiffeneau....	Pharmacologie et matière médicale.
Vaudescal ..	Obstétrique.
Verne	Histologie.
Villaret. ...	Pathologie médicale.
Welter.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
Camus.....	Physiologie.
Gougérot ...	Pathologie médicale.
Guéniot.....	Obstétrique.

MM.	
Retterer	Histologie.
Roussy	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Auvray	Clinique chirurgicale.	Ombrédanne	Clinique chirurgicale infantile.
Chevassu	Clinique chirurgicale.	Proust	Clinique chirurgicale.
Laignel-Lavastine	Clinique médicale	Rathery.....	Clinique médicale
Lereboullet	Clinique médicale infantile.	Schwartz ...	Clinique chirurgicale.
Léri	Clinique médicale.	Terrien	Clinique ophtalmologique.
Lœper	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	Mauclaire, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
	Frey	Stomatologie.
	N...	Éducation physique.
	Ledoux-Lebard	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME,

A MA MERE

qui a toujours été pour moi un modèle de courage et de persévérance.

A MON PERE,

A MA CHERE PETITE SŒUR.

A M. le Professeur LEJARS,

Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'honneur.

Notre premier Maître, à qui nous devons le sujet de notre thèse et qui nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

A Monsieur le Professeur LETULLE,

Professeur d'Anatomie-pathologique
de la Faculté de Paris,

Il a bien voulu nous guider de ses précieux conseils et nous le prions de trouver ici nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GIET,

Chef de Laboratoire du Service du Professeur LEJARS,

Nous a ouvert très amicalement les portes de son Laboratoire nous permettant d'effectuer les microphotographies de cette thèse.

Qu'il veuille bien croire à notre entière gratitude.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

M. le Professeur Lejars,
M. le Docteur Lenoir,
M. le Professeur Lenormant,
M. le Docteur Am-Coyon,
M. le Docteur Lapointe,
M. le Docteur Lévy-Solal,
M. le Docteur Lesné,

à qui nous devons nos connaissances cliniques et à qui nous adressons l'expression de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

De toutes les affections qui atteignent l'humanité, la bacillose est une des plus graves et des plus fréquentes.

Tous les terrains sont susceptibles de tuberculisation par le bacille de Koch, mais il en est pour lesquels ce microorganisme semble avoir une véritable prédilection, et il serait vain d'insister sur ce point.

Rappelons simplement que de toutes les manifestations tuberculeuses, les adénopathies de cette nature sont les plus fréquentes, et cela se conçoit aisément puisque le système lymphatique est le principal véhicule et les ganglions la barrière naturelle que rencontrent les bâtonnets tuberculeux dans le corps humain.

Cette barrière constituée, comme nous venons de le dire, par les ganglions lymphatiques, offre, selon les cas, une résistance victorieuse ou se laisse détruire, subissant alors une transformation intime des tissus composants, transformation que le microscope révèle sous forme de cellules géantes, de zones épithélioïdes et lymphoïdes et aussi à un stade plus avancé, sous forme de nodules caséeux.

Mais tous les ganglions de l'organisme ne sont pas touchés avec une égale fréquence ; il est bien certain que de toutes les adénopathies bacillaires, celles que l'on rencontre au niveau du cou sont les plus nombreuses : exemple, les « écrouelles » des individus « scrofuleux » et cette fréquence s'explique très naturellement par le voisinage des plus importantes portes d'entrée de l'organisme : les premières voies respiratoires et les premières voies digestives (dents en particulier).

La fréquence des adénopathies bacillaires du cou n'a pas été sans frapper les observateurs, et la pathogénie bacillaire a été invoquée à tout propos pour expliquer non seulement l'apparition de ces adénites, mais aussi de celles que l'on rencontre en d'autres zones du corps humain, particulièrement bien desservies en lymphatiques, telles les plis inguinaux.

Depuis, une réaction puissante s'est faite contre cette conception, et nous allons, dans ce travail, essayer de contribuer, par l'apport de quelques observation cliniques et anatomo-pathologiques, à l'étude de la forme dite strumeuse des bubons de l'aine.

Disons de suite que cette sorte d'adénopathie, reconnue pour bacillaire par nombre d'anciens et nouveaux auteurs, a été récemment niée ou plutôt réduite à une fréquence infime, en tant que d'origine bacillaire, dans les travaux de l'École de Lyon et plus particulièrement dans ceux des docteurs Durand, Nicolas, Favre, Phylactos, et avant eux par le docteur Chavanne, également de Lyon.

Disons aussi que c'est dans les services du Profes-

seur Lejars, qui a depuis longtemps étudié ces adénopathies, que nous avons puisé le sujet et les arguments de cette thèse.

Plan de la Thèse

Nous allons commencer par faire l'historique de la question. Nous verrons ensuite l'anatomie de la région intéressée et passant par l'étude clinique, nous arriverons au diagnostic et au traitement.

L'étude anatomo-pathologique suivra les observations et sera notre conclusion.

HISTORIQUE

Le ganglion strumeux de l'aine est une entité morbide dont les caractères ont été bien définis : c'est une adénopathie chronique des ganglions inguinaux avec participation des ganglions iliaques externes, subissant parfois des poussées subaiguës et présentant l'aspect clinique d'un paquet plus ou moins volumineux, constitué par des ganglions soit isolés, soit agglomérés.

L'éthymologie de l'expression bubon strumeux est d'ailleurs la plus courte et la meilleure des descriptions : Βουβον, en grec, signifie aine et struma, en latin, veut dire écrouelles. C'est donc une adénopathie que l'on a assimilée aux écrouelles, manifestation scrofuleuse, bacillaire d'une adénite inguinale.

L'évolution en est remarquable par la chronicité, l'indolence relative pendant les périodes de repos et l'évolution aboutissant à la suppuration, d'ailleurs interminable, si elle reste livrée à elle-même.

Cette adénopathie se rencontre surtout chez les hommes jeunes de 15 à 35 ans ; nous reviendrons d'ailleurs en détail sur la description de cette maladie lorsque nous entreprendrons l'étude clinique.

De nombreux auteurs ont étudié les adénites chro-

niques de l'aine et tous n'ont pas été du même avis, tant s'en faut.

En 1859, Chassaignac observe l'adénite à suppurations multiples intraganglionnaire. Puis Velpeau, en 1865 et Nélaton en 1890 revoient cette question sans en traiter la pathogénie. Cependant il est bon de signaler que Nélaton est loin de penser à la tuberculose.

Un de ses élèves, L'Hardy, reprend ses idées en les étendant à la conception possible, mais non prouvée d'une contagion vénérienne et il constate que l'étude clinique de l'adénite subaiguë de l'aine peut assez difficilement être séparée de celle des adénites bacillaires du pli inguinal : « Cliniquement, dit-il, cette affection ressemble beaucoup à la tuberculose ganglionnaire, l'absence apparente de cause, la lenteur d'évolution, le faible degré des signes d'inflammation, le peu de réaction sur l'état général, enfin l'indolence presque absolue permettent de la confondre avec la tuberculose.

Lorsque les fistules se sont produites, la confusion est à peu près impossible à éviter... » « On doit surtout, dit-il ailleurs, diagnostiquer l'adénite subaiguë avec l'adénite tuberculeuse. On tiendra compte de ce que les phénomènes inflammatoires quoique légers existent cependant. L'évolution de la maladie quoique lente, a lieu pourtant plus vite que dans la tuberculose. Par contre la présence d'antécédents tuberculeux, l'engorgement simultané du premier ganglion iliaque sont défavorables au diagnostic d'adénite subaiguë inflammatoire ».

En 1894, le Professeur Lejars, alors à l'ancienne Pitié, dans ses leçons de chirurgie, traite du bubon strumeux dont il fait une étude clinique détaillée et qu'il rapporte, lui aussi, en cas d'engorgement simultané du premier ganglion iliaque externe qu'il appelle ganglion repère, à la tuberculose : « Chez des individus jeunes à antécédents pathologiques, chez des tarés et quelquefois même chez ceux qui ne présentent aucune lésion bacillaire apparente, on trouve tantôt un, tantôt plusieurs ganglions en une gangue de périadénite, quelquefois non suppurés, quelquefois contenant un peu de pus et enfin fondus en une masse caséuse aboutissant à l'ouverture et à la fistulisation ».

Il classe les bubons strumeux d'après leur causes en :

A. Bubons secondaires :

1° Aux ostéites bacillaires.

2° Aux ulcères tuberculeux, de l'anus, du prépuce, du gland, de la vulve.

3° A la circon~~sion~~*cision*.

B. Bubons d'emblée simples.

C. Bubons d'emblée tournant à la bacillose.

D. Bubons mixtes.

Et il subdivise ces derniers en :

a) Bubons blenno-strumeux où on retrouve le scrofulate de blennoragie de Melchior Robert.

b) Bubons strumo-chancrelleux, qui rappellent le scrofulate de chancrelle de Rollet.

c) Bubons syphilo-strumeux, manifestation du scrofulate de vérole de Ricord.

Quant aux formes cliniques du bubon strumeux, voici comment le Professeur Lejars les expose :

1° Forme à ganglions isolés (uniques ou multiples).

2° Forme à ganglions agglomérés.

3° Forme massive avec participation de toute la loge inguinale, suppurée, fistulisée.

Comme nous le disions plus haut, l'auteur cité attache à l'empâtement du premier ganglion iliaque externe une valeur pour l'établissement du diagnostic de la bacillose « Ce ganglion peut ne pas être très volumineux, il est même d'ordinaire moyen, mais il est sensible à la palpation ». Il est a rapprocher de cette assertion la restriction de L'Hardy citée également plus haut.

En somme Lejars conclue à la fréquente tuberculisation de ces adénites chroniques ; cependant il dit bien lui-même que « toute adénite qui ne se résout pas n'est pas forcément bacillaire ».

La thérapeutique proposée alors varie avec les trois formes cliniques que nous venons de voir : dans le cas de ganglions isolés où la sclérose est possible, on peut tenter le traitement général ; dans celui de ganglions agglomérés, c'est l'extirpation totale. Enfin lorsqu'il y a retentissement dans toute la loge inguinale avec périadénite, suppurations et fistules, c'est l'incision, le curetage qui paraissent indiqués, car on opère un peu à l'aveuglette et lorsqu'il s'agit de ligaturer les collatérales courtes qui desservent le paquet de polyadénite, on peut léser plus ou moins profondément les vaisseaux.

Après Lejars, Bard dans son traité d'anatomo-pathologie paru en 1899, au chapitre de la tuberculose des ganglions lymphatiques rejette toute distinction entre les ganglions tuberculeux et strumeux, disant que ces deux formes n'ont qu'une seule et même pathogénie : la bacillose de Koch.

Récemment, en 1922, le Docteur A. Phylactos, reprenant le travail de Lejars à propos de la lymphogranulomatose inguinale bénigne, en repousse les conclusions tendant à la bacillose et se plaint de ne trouver dans ce travail les preuves histologiques, anatomo-pathologiques et bactériologiques nécessaires.

Or, en 1901, Marion et Gaudy, dans leur étude de l'adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires prétendue simple, apportent une forte contribution à la solution de cette question et nous procurent les arguments anatomo-pathologiques réclamés.

Rapportons, en les résumant, les données de Marion et Gandy : « d'abord petite tumeur, petite douleur, pas de symptômes généraux ; puis tumeur du volume d'une grosse noix, dure, sans adhérences. Plus tard la tumeur qui était mobile sous la peau se fixe : il y a périadénite et l'on se trouve en face du cas suivant : tumeur du volume d'un œuf, adhérente à la peau violacée. Cette dernière est réduite à l'apparence d'une pellicule tendue, chaude. La palpation douloureuse revèle un ou plusieurs foyers de fluctuation.

Caractères importants de ce genre d'adénite : elle

évolue en un mois ou deux jusqu'à suppurations multiples si le malade ne se met pas au repos, puis abandonnées à elles-même les lésions mettront des mois et des mois à se cicatriser ».

Les auteurs ont constaté fréquemment dans les tissus de ces adénites subaiguës de nombreuses cellules géantes, des zones de réaction épithélioïde, des nodules en voie de caséification et de la purulence, preuves irréfutables, d'après eux, de l'infection bacillaire.

D'ailleurs, voici les propres conclusions de Marion et Gandy.

« 1° Il existe à l'aine une variété particulière d'adénite subaiguë qui se distingue par un ensemble de caractères cliniques et anatomiques.

2° Cliniquement caractérisée par une évolution lente à symptômes fonctionnels cependant accusés et tendant aux ouvertures multiples successives.

3° Anatomiquement : Polyadénite dans laquelle chaque ganglion est envahi séparément par des foyers multiples disséminés : pus pâle très visqueux et sans odeur.

4° Traitement opératoire : extirpation en cas de non périadénite ; curetage au cas contraire.

5° Dans les cas observés nous avons pu établir que ces adénopathies étaient de nature exclusivement tuberculeuse et que le bacille tuberculeux sans adjonction d'aucun autre avait déterminé la suppuration.

En effet, au point de vue bactériologique le pus de ces adénites ne montre aucun organisme à l'examen

direct : mais on trouve tous les aspects histologiques de l'évolution caséo-purulente tuberculeuse. On ne trouve pas de bacille de Koch.

L'inoculation dans ces cas subaigus aurait lieu au niveau des organes génitaux. En cas d'adénites chroniques froides, la voie de pénétration est peut-être interne ».

Ces conclusions qui semblent établir le rôle très important de la bacillose quant aux adénopathies subaiguës et chroniques ont été énergiquement réfutées par l'École de Lyon.

« Les cellules géantes, dit cette dernière, les formations épithélioïdes ne sont pas forcément la signature de la tuberculose : voyez, par exemple, celles que l'on trouve dans la syphilis des ganglions et dans certaines mycoses ? D'autre part les essais d'inoculation sont tous restés négatifs sans compter que la recherche, sous le microscope, du bacille tuberculeux est restée presque aussi négative ».

On ne peut pas nier que ces arguments contradictoires aient leur valeur. Mais il n'en reste pas moins vrai que les formations anatomo-pathologiques précitées sont avant tout la signature de la bacillose et que lorsqu'on trouve dans un ganglion, dont le porteur est un homme jeune, quelquefois bacillaire avéré, des tubercules, des cellules géantes, des réactions épithélioïdes et lymphoïdes, qui constituent le nodule, des zones en voie de caséification, des fistules interminables, on doit penser surtout à une localisation tuberculeuse. Secondairement et bien après dans l'ordre

de fréquence le même tubercule peut désigner la syphilis tertiaire, des mycoses, de simples réactions anatomiques autour de corps étrangers : calcaires, poivre, lycopode.

En 1902, L. Chavanne dans une thèse soutenue à Lyon reprend la question des adénites subaiguës de l'aine et contrairement à l'opinion de Marion et Gandy dénie à cette espèce de ganglions pathologiques tout caractère de bacillose.

Ce sont d'ailleurs les mêmes idées qui seront affirmées avec plus de conviction encore dans le travail du Dr Phylactos.

Le Professeur Gosset, en 1909, traitant de l'ablation des adénites bacillaires de l'aine convient qu'il est fréquent de trouver des adénites de cette nature et rappelle qu'en ce cas il faut s'attendre à trouver les ganglions iliaques externes engorgés et en conseille également l'ablation.

Bien plus près de nous, en 1920, Mme Jolles-Zablondowski, dans sa thèse sur le traitement des adénites périphériques par la radiothérapie, présente quelques observations relatives à de vrais ganglions strumeux de l'aine.

Enfin, en 1922, le Dr Phylactos de Lyon, dont nous avons déjà parlé, entreprend une importante étude des adénopathies de l'aine, à marche à peine subaiguë, presque chronique, auxquelles il donne, avec ses maîtres Favre, Nicolas et Durand, le nom de lymphogranulomatose inguinale, dont il rapproche d'ailleurs intimement le bubon climatérique.

Cet auteur, comme nous l'avons déjà dit, réfute énergiquement la théorie de la bacillose des ganglions inguinaux et s'attache à prouver que « trop souvent on a attribué à la tuberculose, ce qui s'en éloigne cliniquement, histologiquement et surtout bactériologiquement et expérimentalement ».

Cette question apparaît donc comme ayant été des plus controversée et il est curieux de suivre les opinions qui se sont révélées, de les comparer entre elles et nous essaierons, au cours de cette thèse d'en tirer les conclusions qui nous sembleront valables.

ANATOMIE

La loge inguinale est occupée par deux catégories de ganglions : les ganglions superficiels et les profonds.

Les superficiels sont les plus nombreux : douze à vingt et occupent l'épaisseur du *fascia superficialis* sur toute l'étendue du triangle de Scarpa. Les ganglions les plus éloignés de l'arcade de Fallope sont situés à six ou sept centimètres au-dessous d'elle.

On signale assez souvent au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure de petits ganglions aberrants (Max Auspitz).

Les ganglions inguinaux et cruraux superficiels se divisent en deux groupes :

1° Un groupe supérieur parallèle au pli de l'aine : c'est le groupe inguinal proprement dit ;

2° Un groupe inférieur ou crural.

Le paquet des ganglions inguinaux proprement dits se subdivise en deux ilots :

1° Un ilot supéro-externe qui reçoit les lymphatiques :

a) de la paroi abdominale sous-ombilicale.

b) de la fesse.

c) du flanc.

d) d'une partie des plans superficiels du périnée postérieur.

2° Un îlot supéro-interne qui reçoit la lymphe venant :

a) du scrotum,

b) de la peau de la verge (grandes lèvres, petites lèvres, capuchon du clitoris).

c) de la superficie du périnée antérieur et de la partie antérieure de la peau de l'anus.

Le groupe des ganglions cruraux se subdivise aussi en deux amas : l'un, inféro-externe recevant une partie des lymphatiques desservant l'anus et la fesse ; l'autre, inféro-interne, recevant un bon nombre des lymphatiques des téguments du membre inférieur.

Les efférents des ganglions superficiels sont ascendants, perforent le *fascia cribriformis* qui sépare la masse des ganglions superficiels des ganglions profonds, au voisinage de la crosse de la veine saphène interne, puis rejoignent les ganglions inguinaux profonds et surtout les ganglions iliaques externes en suivant le canal crural.

Les ganglions inguinaux profonds au nombre de trois ou quatre, occupent la cavité de l'entonnoir crural dont les parois sont formées par :

Une cloison celluleuse interne devant la veine fémorale (paroi externe), par la portion pectinéale du *fascia lata* (paroi postérieure) ; enfin par le *fascia cribriformis* (paroi antérieure).

Ces ganglions reçoivent une partie des efférents inguinaux superficiels, les lymphatiques du gland (du pénis ou du clitoris) de l'urèthre balanique.

Le ganglion de Cloquet fait partie de cette catégo-

rie de ganglions et comble l'aire de base de l'entonnoir crural. Il occupe l'anneau crural et fait saillie dans la cavité pelvienne. Ce ganglion n'est d'ailleurs autre chose que le ganglion de Rosenmuller des Allemands.

Par leur situation voisine des vaisseaux fémoraux ces ganglions profonds peuvent contracter des adhérences avec la veine fémorale.

Les ganglions iliaques forment d'après Cunéo et Marsille trois chaînes par rapport aux vaisseaux iliaques externes : une chaîne interne, une moyenne et une externe. C'est cette dernière qui se trouve atteinte en cas de bacillose.

Notons que ce groupe reçoit d'abord les efférents des ganglions inguinaux, les lymphatiques des artères épigastriques et circonflexes iliaques, enfin ceux de l'articulation de la hanche.

Telle est l'anatomie des organes lymphatiques de la région inguinale, anatomie qui nous permettra de comprendre comment et par quelles voies peut se faire l'infection des relais lymphatiques ainsi que le retentissement de l'adénite établie sur les organes du voisinage.

ÉTUDE CLINIQUE

Scrofule ganglionnaire du pli de l'aine, bubon strumeux, adénopathie chronique inguinale (polymacro adénopathie) ont servi à désigner, selon les époques, une affection des ganglions lymphatiques de l'aine, dont les principaux caractères cliniques sont : la tumeur, l'indolence relative, la chronicité, l'évolution vers la fistulation et la suppuration interminable : voici pour les caractères locaux.

En ce qui concerne l'état général, on constate avoir affaire à des individus plus ou moins anémiés, ayant vécu dans de mauvaises conditions d'hygiène, présentant quelquefois, mais non toujours, des stigmates de bacillose, soit pulmonaire, soit osseuse, articulaire ou ganglionnaire : en somme, toutes manifestations qui caractérisent assez bien le tempérament dit lymphatique.

Selon les caractères de la tumeur on peut établir différentes espèces de bubons :

La masse que l'on perçoit pour la première fois au niveau de l'une des aines est à peine du volume d'une grosse cerise, d'une noix ; bien isolée et sans adhérences au plan profond et superficiel ; elle est dure uniformément, a peu près indolente,

mais cependant gênant la marche. Le malade accuse une certaine pesanteur à la station debout : pas de rougeur de la peau ; encore bien moins d'ulcération ni de fistulisation : on a affaire à un premier type d'adénite qui peut ne pas être seulement monoganglionnaire, mais s'accompagner de plusieurs petites masses de même aspect clinique.

C'est la première phase, celle pour laquelle les malades pensent rarement à venir consulter, espérant voir la lésion s'arranger aussi simplement qu'elle est apparue.

D'ailleurs, souvent, à ce degré, l'adénopathie traitée par le repos, une bonne hygiène, la cure climatérique, peut en effet régresser et aboutir à une guérison par sclérose.

Mais il n'en est généralement pas ainsi, car le malade comme nous venons de le dire, ne s'inquiète pas suffisamment d'une affection dont il souffre peu.

L'évolution se poursuit donc et l'on arrive au second type suivant :

La tumeur s'est beaucoup développée ; elle peut atteindre le volume d'un œuf. La peau commence à se tendre à sa surface. La palpation peut être plus ou moins douloureuse, mais la mobilité est conservée; de plus elle est ou bien dure encore sur toute sa surface, ou bien ramolie en un ou plusieurs endroits. En somme cette deuxième forme du bubon strumeux est caractérisée par son volume et sa mobilité.

Dans le type ultime on a affaire à une adénite

toujours volumineuse, inégalement indurée, recouverte d'une peau amincie, un peu violacée, un peu chaude comme s'il y avait eu « réchauffement » du bubon. La palpation, un peu douloureuse dans certains cas, permet de se rendre compte que la tumeur est cette fois bloquée dans sa loge : la mobilité a disparu. La peau et les plans profonds sont rattachés aux ganglions. Les fascias, les vaisseaux, les autres ganglions sont gagnés et l'aine ne semble plus loger une tumeur, mais être devenue entièrement massive.

L'adénite qui est alors une polyadénite, généralement, peut s'ulcérer au bout d'un temps plus ou moins long. La peau s'ouvre et des fistules qui seront d'une persistance désespérante apparaîtront.

Le pus qui s'écoule peut être grumeleux et très liquide, mais on observe d'habitude qu'il est épais, blanc et inodore.

Dans toutes ces phases de l'évolution de l'adénite il est bon de se rappeler la prescription de Lejars, d'explorer les fosses iliaques à la recherche des premiers ganglions iliaques externes.

Rappelons pour mémoire que ces ganglions ont été signalés aussi par L'Hardy, Marion et Gandy, le Professeur Gosset.

DIAGNOSTIC

Il est bien certain que le praticien qui se trouve appelé pour la première fois auprès d'un malade présentant une tumeur de l'aine ne pourra dans certains cas faire du premier coup le diagnostic certain de l'affection en cause.

Ce qu'il faut avant tout c'est qu'il ait, présentes à la mémoire, les différents maladies capables d'offrir au premier examen les symptômes d'apparence clinique voisins.

Le pli inguinal peut être évidemment le siège de bien des affections différentes et l'on peut avoir à faire un diagnostic différentiel, même avec une hernie, mais il est évident que ce sont les différentes affections ganglionnaires qu'il faudra surtout savoir reconnaître.

Or, quelles sont les maladies attaquant les ganglions de l'aine, capables, à première vue, de simuler le tableau clinique que nous avons fait du bubon strumeux ?

Rejetons d'abord toutes adénopathies à caractères aigus évoluant rapidement, ceci étant justement l'opposé de la torpeur et de la chronicité de l'adénite

qui nous occupe et voyons parmi celles qui évoluent lentement, d'une façon subaiguë quelquefois, mais plus souvent d'une manière torpide.

La tuberculose est à notre avis l'infection type, capable de créer l'ensemble des symptômes cliniques connu sous le nom de bubon strumeux. N'oublions pas, d'ailleurs, que de nombreux auteurs ont assimilé purement et simplement cette sorte d'adénite à la bacillose.

La chancrelle et notamment le bubon chancrelleux chronique, signalé par Gougerot, peut être invoquée.

La syphilis, à la période des gommes, peut donner lieu aussi à une sorte d'adénite rappelant la forme strumeuse.

Ces deux types d'adénite peuvent, par la suite, devenir bacillaire et l'on ouvre alors la série des affections mixtes, dont nous avons déjà parlé dans l'historique, c'est-à-dire syphilo-chancrello-strumeuses, auxquelles vient s'ajouter le type blenno-strumeux.

Il faut aussi penser à des maladies de pathogénie moins bien établie, telles que la lymphogranulomatose maligne, la lymphogranulomatose bénigne (Lyon) ainsi qu'au bubon climatérique.

La lymphogranulomatose bénigne, dite de Lyon, a d'ailleurs donné lieu, ces dernières années, à une réfutation énergique de la théorie bacillaire des adénites inguinales subaiguës et chroniques.

DIAGNOSTIC
AVEC LE BUBON CHANCRELLEUX
CHRONIQUE

Lorsqu'il y a ulcère chancrelleux le diagnostic est généralement facile. Nous pensons d'ailleurs que la première idée que doit avoir un médecin en face d'un bubon est celle de la chancrelle.

Il devra donc chercher la présence ou les traces du ou des chancres mous et s'il les trouve c'est qu'il s'agit bien d'une adénite aiguë à bacille de Ducrey, dont la marche douloureuse, rapide, évoluant vers la destruction totale de la glande, l'examen des secrétions, la recherche du bacille, l'auto-inoculation expérimentale sont des moyens venant renforcer et décider le diagnostic déjà facilement établi par l'étude clinique du chancre et celle de l'évolution du bubon.

Mais il y a une forme de bubon chancrelleux qui mérite beaucoup plus d'être rapprochée de celle du bubon strumeux.

C'est la forme, dite chronique, du bubon chancrelleux et à ce propos rappelons la classification que Gougerot a établie pour les adénites à bacilles de Ducrey :

1° Adénites aiguës avec lésions ano-génitales récemment guéries.

2° Adénites subaiguës sans lésions.

3° Adénites chroniques subsistant de longs mois après la disparition du chancre.

Le premier type s'élimine de lui-même de notre étude et ne peut être rapproché de la forme torpide et presqu'indolore du bubon strumeux.

La seconde catégorie de faits peut déjà dérouter le diagnostic, car cette absence de lésions cutanées ano-génitales peut faire oublier la chancrelle. Cependant Gougerot est formel : il a souvent rencontré en ce cas des ganglions renfermant des bacilles de Ducrey en plus ou moins grand nombre.

La dernière classe de bubon chancrelleux peut réellement revêtir le type strumeux et être confondu avec l'adénopathie bacillaire, surtout s'il ne reste aucune trace des chancres.

D'ailleurs voici cé que dit Gougerot : « Certaines adénites persistent fistuleuses, ulcérées de longs mois sans être améliorées par le traitement. Fistules inguinales multiples consécutives à des adénites aiguës chancrelleuses, fistules étroites suintantes, suppurantes ; bords violacés pouvant se fermer pour se réouvrir peu après. Cette déconcertante chronicité doit faire penser à des syphilides greffées sur la chancrelle, mais le traitement spécifique a été ici inefficace (observation du Dr Gougerot) et surtout elle doit faire suspecter une association chancrello-tuberculeuse ganglionnaire qui est moins rare qu'on ne croit ».

Néanmoins cet auteur ayant recherché en ce cas précisément les bacilles de Koch ne les a pas trouvés. Il peut donc paraître à première vue étonnant qu'une pareille assertion soit soutenue sans la coïncidence des données de la bactériologie. Mais il est bon de se rappeler alors que la bacille est toujours difficile à retrouver même dans les adénites les plus nettement tuberculeuses et que l'inoculation est un procédé infiniment plus sûr qui n'a pas, en l'occurrence, été appliqué.

D'ailleurs et non seulement pour le bacille de Koch il est certain que les microorganismes pathogènes parvenus dans les relais ganglionnaires sont soumis à des phénomènes de défense qui peuvent inhiber leur action. La phagocytose et la bactériolyse peuvent en effet agir avec une telle énergie que les bacilles peuvent pour le moins être atténués, perdre leur virulence et même totalement disparaître. On comprend alors aisément que les données de la microbiologie et de l'inoculation expérimentale peuvent subir des variations telles que les concordances disparaissent.

Pour en revenir à ces cas d'adénites traînantes, d'origine chancrelleuse, il faudra bien questionner le malade, rechercher avec lui ses souvenirs et essayer de retrouver la trace révélatrice de chancres qui se seraient guéris à peu près spontanément, sans inquiéter le patient.

Il faudra étudier le pus au microscope, à la recherche de bacilles colorés au bleu, ne prenant pas le Gram et nettement plus teintés aux extrémités, ces carac-

tères désignant le bacille de Ducrey et retrouvés dans ce cas par Gougerot.

Il y aurait d'ailleurs à ce sujet une question intéressante à étudier : la bénignité relative actuelle du chancre mou, par rapport au bubon consécutif, alors que les anciens auteurs décrivaient un chancre mou ulcérant, phagédénique beaucoup plus grave. Mais cela serait sortir de notre étude ; le diagnostic différentiel avec la syphilis nous y ramènera.

DIAGNOSTIC AVEC LA SYPHILIS

La syphilis au début compte parmi ses premiers symptômes en dehors de chanche induré et peu après son apparition des réactions ganglionnaires dont nous ne dirons que peu de mots, étant donné qu'ils s'écartent assez de l'apparence strumeuse qui nous intéresse.

Ces réactions se caractérisent par la venue de petits ganglions indolents, durs, mobiles, du volume d'un gros pois, se succédant en chapelet, sans tendance à évolution et en somme ne faisant qu'accuser l'ascension et l'organisation de l'infection.

A ces adénites primaires spécifiques, il faut opposer l'absence habituelle de réactions ganglionnaires syphilitiques tardives.

Cependant des cas ont été signalés ou l'on a trouvé de grosses adénopathies du pli de l'aine, simples ou multiples, à type pseudo lymphadémique ainsi que des gommes ganglionnaires inguinales (Mauriac, Sturgis).

En ce cas, au point de vue clinique, il est possible de dire : adénite à forme strumeuse, car on a affaire à une évolution lente, indolore ; la masse est volumi-

neuse plus ou moins bien isolée. Mais si l'on entreprend un traitement spécifique d'épreuve, on verra le lymphome syphilitique rétrocéder et ainsi s'affirmera le diagnostic.

Si l'on pratique l'étude anatomo-pathologique des tissus de telles adénites, on pourra trouver ainsi que dans les types bacillaires, des nodules, des cellules géantes et des réactions épithelio-lymphoïdes. Mais il faut bien se rappeler qu'une telle éventualité est rare et que dans la majorité des cas ces dernières manifestations désignent l'action du bacille de Koch.

DIAGNOSTIC
AVEC LES LYMPHOGRANULOMATOSES

Des affections bien différentes quant à la clinique et au pronostic portent le même nom, avec la distinction de malignité pour l'une, et, de bénignité pour l'autre. La lymphogranulomatose maligne, affection des ganglions, à évolution progressive et fatale, pouvant s'accompagner de manifestations cutanées du type leucémique, ne peut guère prêter à confusion.

Il est bien évident qu'au cas rare ou une lymphogranulomatose maligne se déclarerait en un groupe de ganglions inguinaux l'ensemble des symptômes cliniques serait assez net pour permettre d'établir le diagnostic.

Par contre, il existe une autre lymphogranulomatose dite bénigne, évoluant de façon chronique et se portant à peu près uniquement sur les ganglions inguinaux et iliaques.

Au point de vue clinique on se trouve généralement en présence d'un homme jeune, rarement d'une femme et jamais d'un enfant. L'état de santé général serait au début de la maladie particulièrement perturbé, pour se rétablir progressivement à mesure que l'adé-

nite d'abord du type subaigu, prend par la suite une allure chronique. Des cas ont été cependant signalés comme ne s'accompagnant d'aucune manifestation générale.

De dure, l'adénopathie inguinale devient, par places légèrement fluctuante, et après une évolution de un à deux mois aboutit à une fistulisation multiple en pomme d'arrosoir, et sans tendance à la cicatrisation spontanée.

Le point par où le germe a pénétré dans l'économie est ordinairement difficile à identifier soit qu'il n'ait pas été reconnu du malade, soit qu'il ait été insuffisemment recherché par le médecin. Il s'agirait d'une sorte de petite papule herpétiforme survenant à un endroit quelconque des organes génitaux, évoluant vers l'ulcération sorte de minime chancre qui serait à la lymphogranulomatose ce qu'est le chancre mou au bubon chancrelleux.

Notons que dans ce petit chancre les auteurs qui ont particulièrement étudié cette affection assurent n'avoir jamais trouvé de bacille de Ducrey.

Ce chancre ferait de la lymphogranulomatose une sorte d'affection vénérienne : la quatrième maladie vénérienne (Dr Phylactos).

La bactériologie n'a pas encore révélé de façon certaine l'agent pathogène. Certains auteurs pensent avoir affaire à une myco-bactérie (Favre). D'autres pensent avoir trouvé des amibes et conseillent en ce cas l'émétine (Ravaut).

L'histologie entre les mains des auteurs lyonnais

a donné les résultats suivants : abondants abcès microscopiques disséminés ; des corpuscules présentant l'apparence de cellules géantes avec des zones épithéliolymphoïdes et plasmazellose importante semblable à celle que l'on trouve dans le bubon climatérique.

En résumé cette lymphogranulomatose bénigne est une affection qui peut être classée sous la rubrique des bubons à forme strumeuse, c'est même à notre avis celle qui peut prêter le plus à confusion avec le bubon strumeux des anciens auteurs et tant qu'une pathogénie certaine de cette maladie n'aura pas été démontrée on ne pourra que la classer parmi celles à agent pathogène indéterminé dans une classe voisine quant aux symptômes de celle des adénies d'origine tuberculeuse et syphilitique (P. Émile Weil et M. Bloch).

TRAITEMENT

Le traitement du bubon strumeux varie avec les différentes phases d'évolution de ce dernier.

Il semble bien que dans les formes initiales le traitement général, le repos et la cure climatérique puissent avoir une heureuse répercussion sur l'évolution ultérieure de l'adénopathie.

Dans ces mêmes formes la radiothérapie semble avoir donné de bons résultats. Madame Jolles-Zablondowski dans sa thèse soutenue en 1920 préconise, avec preuves à l'appui, ce genre de traitement. En 1921, le Dr Hans Tichy de Marbourg comparant la radiothérapie et l'intervention dans leurs effets curatifs conclut à la supériorité de la radiothérapie.

Ch. Lenormant se range à l'avis de cet auteur. Mais où la cure opératoire reprend tous ses droits c'est lorsqu'il s'agit de ces gros bubons, avec ou sans périadénite, fistulisés ou non, et lorsque le porteur est un individu réclamant une prompte guérison, son travail ou ses ressources ne lui permettant pas de sacrifier beaucoup de temps.

Voici le processus opératoire que nous préconisons d'après le Professeur Gosset, lorsqu'on se trouve en face d'un bubon volumienux non encore fistulisé.

L'incision sera arquée parallèlement à l'arcade de Fallope, car on est fréquemment obligé de pratiquer l'ablation des ganglions iliaques externes en même temps que celle des ganglions inguinaux.

Puis on recherchera la saphène interne que l'on sectionnera entre deux pinces, au pôle inférieur du paquet ganglionnaire, puis la relevant de bas en haut, on verra l'aponévrose fémorale ; on détachera aux ciseaux courbes la masse adénitique de l'aponévrose sous-jacente et on arrivera au segment de la veine fémorale où commencent les adhérences periganglionnaires.

Pédicules vasculaires : après la section de la saphène interne, quatre pédicules vasculaires retiennent encore la masse des adénites :

1° Un pédicule externe qui comprend les vaisseaux circonflexes iliaques.

2° Un pédicule interne répondant aux vaisseaux honteux internes.

3° Un pédicule supérieur, celui des vaisseaux sous-cutanés abdominaux.

4° Un pédicule profond figuré par la crosse de la saphène.

Ces quatre pédicules devront être sectionnés dans l'ordre suivant :

Section du pédicule externe : En dehors des ganglions de Max-Ausspitz on pince et on sectionne les vaisseaux circonflexes iliaques. Ainsi libérés les ganglions restent encore adhérents par leur partie interne au paquet principal.

Section du pédicule supérieur : Il faut découvrir

sur la face antérieure de l'aponévrose du grand oblique les vaisseaux sous-cutanés abdominaux suivant leur direction verticale et les lier à la hauteur de l'arcade crurale.

Section du pédicule interne : les quatre vaisseaux qui composent ce pédicule, deux veines et deux artères, sont liés et sectionnés à leur point d'émergence de la masse ganglionnaire.

Section du pédicule profond : déjà libéré des adhérences profondes et des voies sanguines le desservant, le paquet ganglionnaire est alors relevé. Tirant fortement sur cette masse ganglionnaire au moyen du cordon de la saphène et en la faisant basculer en haut et en dedans, on voit apparaître la crosse de la saphène et la veine fémorale.

On sectionne la saphène à une certaine distance de la fémorale de façon à avoir une bonne ligature, puis libérant prudemment, au doigt et aux ciseaux courbes à pointe mousse (Broca), on dégage peu à peu la veine fémorale ainsi que le ganglion de Cloquet.

Si les ganglions iliaques externes sont atteints, ce qui n'est pas rare dans la tuberculose (P^{r} Gosset), il faut aussi les extirper tout en respectant le plus possible la paroi antérieure de la fosse iliaque : éviter la section de l'arcade crurale

En incisant l'aponévrose du grand oblique, immédiatement au-dessous de l'arcade, et parallèlement à elle, on ouvre le canal inguinal et rien n'est plus facile en réclinant en haut le tendon conjoint et en décollant le péritoine, que d'arriver sur les vaisseaux iliaques.

On peut désinserrer le petit oblique et le transverse au niveau de leur attache sur l'arcade crurale et réclíner fortement ces deux muscles, puis on dissèque pour les enlever, les ganglions hypertrophiés.

Pour reconstituer la paroi de la fosse iliaque, on fera au catgut une suture du petit oblique et du transverse et pardessus, un second plan au niveau du grand oblique.

Ligatures au catgut pour la saphène interne, les vaisseaux circonflexes iliaques, les vaisseaux sous-cutanés abdominaux, la crosse de la saphène. Pour les très courtes veines ganglionnaires, fils fins de lin. Lejars insiste sur la difficulté des ligatures que l'on doit opérer sur les collatérales courtes et recommande de poser les boucles le plus loin possible du tronc.

Drainage quarante-huit heures.

Suture cutanée aussi parfaite que possible et compression afin d'éviter tout espace mort.

Flexion de la cuisse pour détendre les muscles de la région.

Accidents opératoires : Le seul accident qui puisse survenir au cours de cette opération, c'est la blessure de la fémorale.

Il faut donc avant tout bien voir ce que l'on fait, opérer à ciel ouvert. En cas de lésion latérale il faut avoir recours soit à une ligature latérale, soit à une suture latérale au fil de lin très fin. Au cas où la veine fémorale aurait été complètement sectionnée, on peut opérer selon le procédé de Carrel, la suture bout à bout, ou bien purement et simplement ligaturer les deux

bouts de la veine. Grâce aux anastomoses qui relient les veines de la cuisse et celle du bassin, compensant la grande circulation déficiente, la gangrène n'est pas à craindre (Verneuil).

Fistules lymphatiques.

Il a été observé à la suite de cette intervention, des fistules lymphatiques : Vidal de Cassis, Imbert, Lejars les ont signalées, mais elles se tarissent d'elles-mêmes au bout d'un temps variant de 8 à 30 jours. Les résultats de cette opération sont très satisfaisants et comme le fait observer le Professeur Gosset, bien meilleurs que ceux obtenus pour l'intervention cervicale.

Si au lieu d'avoir affaire à une adénite non fistulisée sans périadénite on a au contraire affaire à une participation totale de la région inguinale, l'ablation quoique encore possible devient difficilement exécutable, les adhérences établissant une entière cohésion des tissus environnants et de l'adénite.

Nous croyons qu'en ce cas il est plus prudent d'inciser, d'évacuer les régions suppurées, de cureter soigneusement en ne laissant aucun nodule, et en aseptisant la région curetée. La cure, en ce cas, n'est pas radicale ; de plus, il peut exister des foyers qui ont pu échapper à la destruction et il faut s'attendre, en ce cas, à voir la cicatrisation se faire attendre.

Mais il n'y a pas à craindre les lésions des vaisseaux, qu'il serait aisé de blesser tant les adhérences peuvent être nombreuses et intimes.

OBSERVATIONS

Observation 1

(M^me^ Jolles-Zablondowski)

M^me^ L..., 41 ans, employée, atteinte d'adénite bacillaire inguinale droite.

Mariée, 4 enfants, bien portante.

Père mort de laryngite bacillaire à 40 ans, sœur morte à 28 ans de pleurésie, frère mort à 28 ans de tuberculose.

Variole à 4 ans, la gourme à 8 ans.

Depuis dix ans la malade a un petit ganglion dans l'aine droite qui ne la gênait pas. Il y a quatre mois il a commencé à grossir à la suite d'une grippe. La malade vient consulter à l'Hôtel-Dieu et on l'envoie à la radiothérapie : on trouve une grosse adénite de la région inguinale droite de la dimension d'une grosse noix : dure, indolore, non adhérente à la peau, peu mobile sur le fond. Mauvais état général, pas d'appétit, fatigue constante. A la radio, chaînes trachéo-bronchiques visibles et augmentées. Bons sommets : guérison par la radiothérapie.

Les observations qui suivent sont personnelles et ont donné lieu à examen anatomo-pathologique.

Observation 2 (Personnelle)
voir fig. nº 1

Maurice A..., 23 ans, métallurgiste, est rentré à l'hôpital le 4 mai 1925, pour une grosseur dans l'aine gauche, presque indolente, mais gênant un peu la marche.

C'est un jeune homme de constitution peu robuste, mesurant 1 m. 65 et pesant 53 kilogs, peau blanche et cheveux chatain clair. Il signale un peu d'amaigrissement avec perte de l'appétit et sueurs nocturnes. Vers le 20 avril, le malade qui avait déjà remarqué la présence de petits ganglions dans les deux aines en trouve un plus volumineux que les autres dans le pli inguinal gauche.

Pendant 15 jours, le développement de l'adénite s'est poursuivi sans jamais être bien douloureux. Puis, il y a huit jours la croissance de la tumeur s'est arrêtée : poussée de furonculose concomitante.

Aujourd'hui, 11 mai, l'état général est assez bon, appétit revenu, pas de fièvre.

L'adénite se présente d'un volume égal à celui d'un œuf de poule : elle n'est pas fluctuante : elle adhère à la profondeur et s'entoure de périadénite. La peau susjacente est fortement soulevée et un peu rosée et chaude.

La palpation est peu sensible. La masse perceptible est dure et à peine mobilisable.

Il s'agit d'un ganglion supéro-interne qui malgré son développement n'a pas encore gagné la limite externe de la zone inguinale.

Dans l'aine droite, au cou, dans les aisselles, on trouve de petits ganglions mobiles pas très durs.

L'étude de l'appareil pulmonaire ne donne rien de net. D'ailleurs le sujet prétend n'avoir jamais eu de maladies pulmonaires, ne jamais tousser, ni cracher.

Cependant il révèle avoir perdu sa mère à la suite d'une affection pulmonaire. Quant à son père, il vient d'avoir une pleurésie et a passé six mois à Brévannes. Il aurait beaucoup maigri.

Comme maladie personnelle A... n'avoue qu'une blennoragie, il y a trois ans, bien guérie.

Opéré le 12 mai par M. Breton.

On tombe sur une masse polyglandulaire de la zone supéro-interne du pli inguinal gauche de la grosseur d'un œuf et adhérente aux plans sous-jacents. On extirpe cette masse sans toucher aux ganglions cruraux.

A l'ouverture du paquet ganglionnaire extirpé il s'échappe un pus paraissant être de nature tuberculeuse.

Examen anatomo-pathologique pour l'observation II.

Fixation au liquide de Hollande :

La capsule périganglionnaire est très épaissie et fibreuse. Elle contient des vaisseaux à parois hypertrophiées. La graisse périganglionnaire n'est pas infiltrée. On reconnaît à un faible grossissement dans les zones sous-corticales une vague architecture folliculaire lymphoïde. Dans tout le reste du ganglion l'architecture normale est complètement bouleversée.

Par endroits, dans un réticulum plus ou moins dense

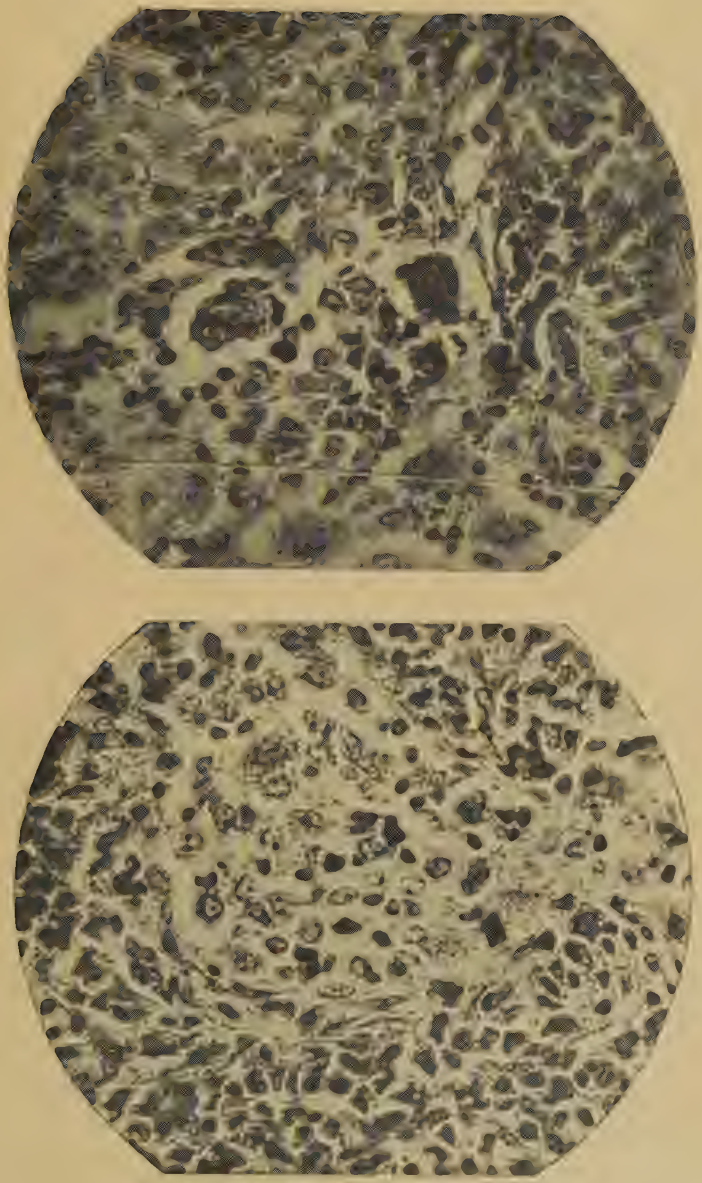

Fig. 1.

quelquefois franchement conjonctif et fibreux, on rencontre : de nombreux lymphoïdes du type adulte à noyaux hyperchromatiques, à protoplasma peu visible, accompagnés de plasmocytes parfois très nombreux et d'éosinophiles poli et mononuclées. Dans ces mêmes régions, on trouve des éléments plus gros que les précédents à noyaux uniques, volumineux, vésiculeux et à protoplasma acidophile légèrement granuleux.

Enfin à côté de ces formations, on rencontre d'autres éléments formés de plusieurs cellules imbriquées les unes dans les autres, possédant chacune un noyau et dont le protoplasma est indivis.

Ces derniers éléments ne sont pas sans analogie avec des cellules de Sternberg en voie de formation. Dans le centre du ganglion hypertrophié on trouve des plages tissulaires plus ou moins vastes dans lesquelles le réticulum a disparu. Ces plages sont constituées par des cellules plus grosses, polyédriques et d'aspect épithélioïde.

Le centre en est complètement disparu et remplacé par un petit abcès microscopique constitué par un amas de polynucléaires.

Observation 3 (Personnelle)

Claudius T..., 22 ans, manœuvre.

C'est un jeune homme d'apparence robuste. Il est rentré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du

Professeur Lejars, le 30 avril 1925, pour une grosseur douloureuse dans le pli de l'aine gauche, s'accompagnant de fièvre.

Par hasard le malade s'est aperçu, le 22 avril, qu'il portait dans la région inguinale gauche une petite grosseur du volume d'une noisette parfaitement indolente. Trois jours après le malade tombe sur le genou gauche et s'écorche la face externe de l'articulation ainsi que très superficiellement la peau de la hanche gauche (nous insistons sur la chronologie des faits). Peu après l'adénite se développe, devient douloureuse s'accompagnant de gêne de la démarche.

Le 30 avril il entre à l'hôpital où l'on fait le diagnostic de bubon strumeux de l'aine.

Aujourd'hui, 8 mai, la masse est toujours sensible grosse comme un œuf et située à la face supéro-interne du pli. La peau sous-jacente est rouge et un peu chaude. Réactions de périadénite. La température qui oscillait jusqu'au 4 mai entre 37°5 et 39° est tombée entre 37° et 38°8 à la suite d'une injection de propidon. L'examen du système lymphatique révèle dans le pli inguinal quelques ganglions indolents, mobiles et de la taille d'un gros pois. Petits ganglions également dans les aisselles. Le système jugulaire semble un peu plus pris : multiples ganglions s'étendant le long du tronc veineux jusqu'aux fosses sus-claviculaires.

L'appareil pulmonaire étudié révèle de la rudesse de la respiration des deux côtés et des râles humides à droite avec un peu de matité au sommet du même

côté. L'examen des autres organes ne révèle rien de particulier. Le malade prétend n'avoir eu aucune maladie dans son enfance.

Histoire de la maladie : un mois environ avant son service militaire il contracte une blennoragie complètement guérie en un mois. Envoyé en Algérie il y est atteint sur la fin de son temps d'un énorme phlegmon de la tête, localisé à la face pariétale gauche. A l'insicion on retire aux dires du sujet un litre de pus. Guérison radicale, prompte. Mais après l'opération, T... est pris de points thoraciques, toux, fièvre, crachats fétides et vomiques fétides. Plusieurs diagnostics sont portés tour à tour : gangrène pulmonaire, abcès du poumon, bronchite fétide. Séjour à l'hôpital du 25 mars 1924 au 17 décembre 1924 : soit 9 mois. Il a maigri pendant ce temps de 12 kilos. Depuis ce temps il a tous les 15 jours environ des crachats de sang : la recherche des bacilles de Koch a été négative. Wassermann négatif. Le 22 avril 1925, l'adénite inguinale apparaît et la maladie se développe comme on l'a vu au début de l'observation.

On décide l'intervention et le professeur Lejars opère le 12 mai.

Après une incision parallèle à l'arcade de Fallope on tombe sur une masse polyadénitique avec réactions de périadénite rendant l'ablation longue et délicate. Ici il s'agit du groupe supéro-externe que l'on enlève ainsi que les premiers ganglions iliaques externes.

On prélève pour examen anatomopathologique et le maladē sort guéri le 28 mai.

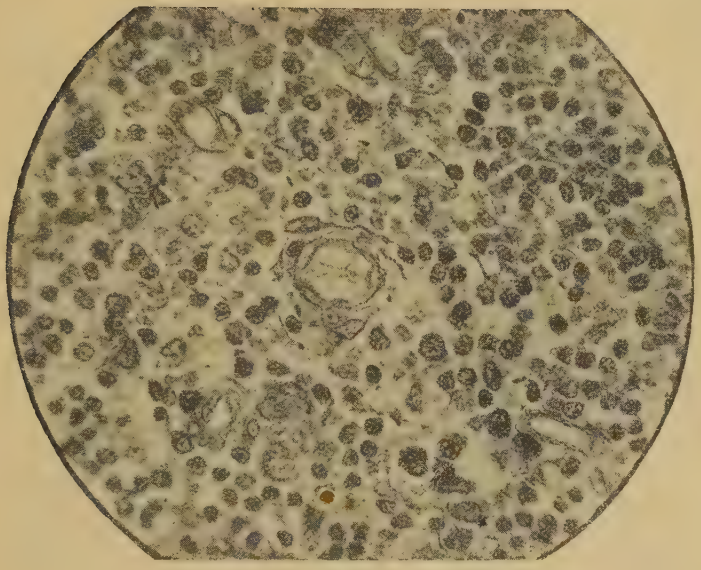

Fig. 2.

Examen anatomo-pathologiqae pour l'observation III

La capsule périganglionnaire n'est pas très épaissie ; la graisse environnante est infiltrée de lymphocytes. L'architecture du ganglion est méconnaissable : à un faible grossissement elle semble partout uniforme.

A un examen plus approfondi on constate que d'une façon générale la trame réticulo-endothéliade est conservée. Les éléments cytologiques sont représentés sans organisation précise par des lymphocytes en petite quantité, des lymphoblastes plus ou moins modifiés, quelques plasmocytes, de rares éosinophiles.

Enfin il existe de minces boyaux cellulaires dont les éléments moins denses que les précédents sont dégénérés en leur centre et infiltrés de polynucléaires. En d'autres points on trouve des formations un peu spéciales, arrondies, bordées d'une trame collagène peu épaisse, dans lesquelles on rencontre plusieurs cellules à noyaux clairs. Il s'agit probablement de vaisseaux du type embryonnaire.

Observation 4 (Personnelle)

T... 40 ans, marchand de fleurs, entre le 4 novembre 1925 à Saint-Antoine dans le service du Professeur Lejars pour une grosse masse occupant la zone moyenne du pli inguinal gauche, gênant la marche et sensible à la palpation. Le diagnostic d'adénite est immédiatement porté et l'on penche vers la bacillose étant donnée l'histoire particulièrement chargée de ce malade. L'adénite est dure, recouverte d'une peau tendue, un peu violacée ; elle est encore un peu mobile sur les plans profonds.

On ne trouve aucune ulcération ni plaie si petites soient-elles sur le territoire lymphatique desservant ces ganglions. Le malade se plaint de tousser et subit chaque soir une poussée fébrile jusqu'à 38°2 ou 3.

Histoire de la maladie. T... est envoyé pour son service militaire à Toulon. A la suite de plaies aux pieds, des adénites inguinales correspondantes se déclarent, mais disparaissent avec la guérison des

causes. A 30 ans, nouvelle adénite apparue à la suite de nouvelles plaies au pied gauche.

A 40 ans, il y a huit semaines, au début d'octobre 1925, une adénite se développe progressivement, lentement dans l'aine gauche et cette fois sans cause apparente : rien aux pieds, ni aux téguments du membre inférieur ; rien à l'anus ni aux organes génitaux.

La fièvre se déclare, vespérale et quotidienne aux environs de 38°2. Le malade ne peut plus marcher : il consulte un médecin qui ordonne collargol et vaseline : pas d'amélioration.

Le 15 octobre T... se rend à l'hôpital Tenon où on lui fait des pansements à l'éther : pas d'amélioration. Le 4 novembre il rentre à Saint-Antoine porteur d'une adénite grosse comme le poing, siégeant dans l'aine gauche : douloureuse assez peu mobile, dure ; la peau tendue est violacée. On dirait qu'une ulcération ne tardera pas à se produire : mais traitée par des compresses humides chaudes et le repos, l'adénite marque un temps d'arrêt et diminue lentement.

Aujourd'hui, 12 novembre, on se trouve en présence d'un individu porteur d'un bubon inguinal gauche du volume d'un petit œuf. La peau naguère rouge et tendue, n'est plus rouge que sur un seul point de sa surface au pôle inférieur de la tumeur. Celle-ci a perdu un peu de sa dureté ligneuse et semble adhérente plus au plan profond qu'à la peau.

Antécédents du malade : jusqu'à vingt ans le sujet

n'accuse aucune maladie : un an après son incorporation alors qu'il a déjà subi quelques poussées d'adénite il est atteint presque simultanément de conjonctivite, pleurésie gauche, congestion pulmonaire et crise rhumatismale : trente mois d'hôpital à Toulon et réforme en juin 1907.

En novembre 1918, nouvelle congestion pulmonaire, un mois et demi de traitement.

En février 1920, alors employé aux tramways, nouvelle congestion pulmonaire avec hémoptysies.

En décembre 1924, encore une congestion pulmonaire sans hémoptysies cette fois : peu de crachats.

Enfin en octobre 1925, apparition de l'adénite du pli de l'aine gauche.

Antécédents héréditaires.

Père mort à 44 ans de congestion pulmonaire ; il était atteint de bronchite chronique.

Mère morte à 54 ans de maladie imprécisée.

Frère mort à 44 ans, tuberculeux avéré. Des 14 enfants dont il est le dixième, neuf sont morts. Les cinq autres sont en bonne santé.

Etat général : jusqu'ici le malade n'a pas été examiné à la radioscopie. Les expectorations non plus n'auraient pas été recueillies aux fins d'analyse bactériologique.

La toux est fréquente, avec fièvre quotidienne vespérale, aux environs de 38°2. Sueurs nocturnes abondantes, appétit encore conservé, mais un peu d'amaigrissement.

Pâleur des téguments.

Poumons : à l'inspection le thorax ne paraît pas bien amaigri, ni ne présente de déformations.

Palpation : augmentation des vibrations à gauche.

Percussion : un peu de matité au sommet gauche.

Auscultation : une respiration incomplète et rude, des râles humides à droite et à gauche. Pas de souffles, peut-être de légers sons crépitants après la toux en arrière et à gauche dans la zone d'alarme. La voix est enrouée.

Cœur normal : pas de troubles de la circulation.

Foie un peu remonté, n'atteignant pas le rebord costal. Les appareils urinaires et digestif sont normaux ainsi que le système nerveux.

Pas de maladies vénériennes, mais un léger degré d'éthylisme.

Après un temps d'arrêt sans modifications appréciables on décide l'intervention.

Le malade est opéré le 22 novembre et l'on prélève sur la masse adénopathique pour examen microscopique. Le malade sort au début de décembre, guéri.

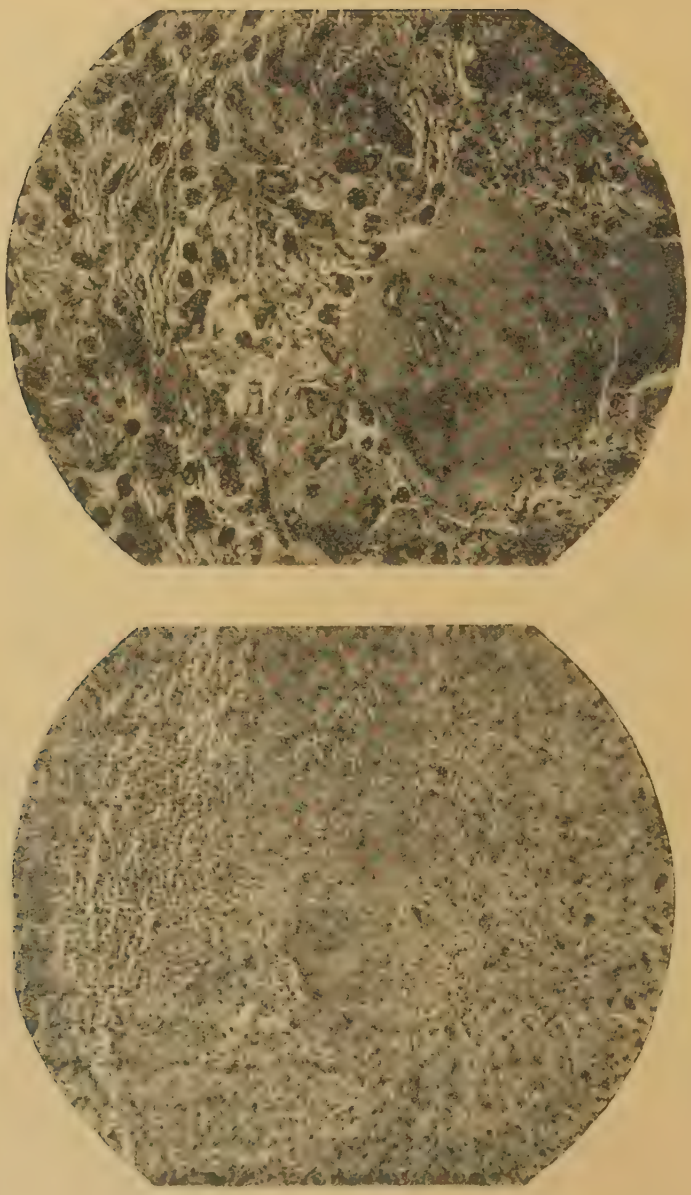

Fig. 3.

Examen histologique pour l'Observation IV

Coque fibreuse de péri-adénite, architecture du ganglion complètement bouleversée. La masse est constituée par une foule de follicules d'apparence tuberculeuse plus ou moins volumineux (cellules géantes avec noyaux périphériques entourées d'une zone épithélioïde elle-même enveloppée de lymphocytes et d'un peu de sclérose).

Dans les zones périfolliculaires, outre les lymphocytes et les lymphoblastes on trouve quelques grosses cellules atypiques, de rares plasmocytes et quelques cosinophiles. Le diagnostic de bacillose paraît indiscutable.

Résumé anatomo-pathologique

Des examens histologiques pratiqués, il ressort que pour une manifestation clinique identique et qui correspond à la définition du bubon strumeux, on trouve des lésions anatomiques différentes et de deux sortes au moins :

Sans aucun doute il y a des bubons strumeux tuberculeux mais la plupart du temps l'examen microscopique ne révèle aucune tuberculose manifeste on trouve alors des lésions qui rappellent celles de la lymphogranulomatose bénigne du type de Lyon et qui dans certains cas peuvent se rapprocher des lésions ganglionnaires de la lymphogranulomatose maligne.

CONCLUSIONS

Les adénopathies inguinales subaiguës et chroniques pouvant aller de la simple adénite torpide, jusqu'à la volumineuse masse de polyadénite se fistulisant et traînant indéfiniment chez des individus généralement jeunes, présentant quelquefois un passé pathologique chargé ont reçu le nom de bubon strumeux et ont été rapportées à la tuberculose (Lejars, Marion et Gandy) au point que toute distinction entre adénopathie inguinale bacillaire et strumeuse a été rejetée par certains auteurs (Bard).

Plus récemment, cette conception a été prise à partie, notamment par les auteurs lyonnais : L. Chavanne, Durand, Nicolas, Favre et Phylactos et réfutée comme ne répondant pas aux données de certaines recherches plus récentes. Aujourd'hui, nous croyons qu'il faut laisser à la bacillose la place à laquelle elle a droit, mais aussi, tenir compte des acquisitions de l'anatomo-pathologie. En somme « bubon strumeux » est un terme clinique désignant un type d'adénopathie que différentes pathogénies peuvent reproduire telles que la lymphogranulomatose inguinale bénigne dont on ignore encore l'agent causal, ainsi d'ailleurs

que pour la lymphogranulomatose maligne (peut-être s'agit-il entre ces deux formes d'une hiérarchie morbide), le bubon chancrelleux chronique tel que l'a vu Gougerot, le bubon syphilitique tertiaire ou le lymphome syphilitique et enfin le bubon bacillaire, sans compter les formes qui peuvent se chevaucher et devenir mixtes. Les traitements que nous avons préconisés selon le degré d'évolution du bubon strumeux : radiothérapie, ablation, incision et curetage restent valables dans la pluspart des cas, sauf dans celui du bubon syphilitique tertiaire, justiciable avant tout du traitement spécifique.

VU :
Le Doyen,
M. ROGER.

VU :
Le Président,
LEJARS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

CHASSAIGNAC E. — *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, 1859, p. 354-355.

VELPEAU Alf. — *Adénites* : Dict. Dechambre 1865.

MÉLATON A. — Adénites subaiguës simples à foyers purulents intraganglionnaires. Leçons de clinique chirurgicale. *Semaine Médicale* p. 402-3, 1890.

BRAULT J. — Traitement des adénites inguinales à forme aiguë et subaiguë. *Lyon Médical*, mars 1894.

LEJARS F. — Bubon strumeux de l'aine, *Presse Médicale*, Paris, 1894.

LEJARS F. — *Bubon strumeux de l'aine. Leçons de chirurgie à la Pitié*, 1894, p. 200-211.

L'HARDY. — *De l'adénite subaiguë simple de l'aine à foyers purulents intraganglionnaires*, Thèse, Paris 1894-95, n° 135.

LEJARS F. — *Adénite subaiguë et chronique simple* : Traité de chirurgie Duplay et Reclus, 1897. T. I. Bubons, tuberculose des ganglions lymphatiques, p. 705-759.

BARD. — *Traité d'anatomie pathologique* 1899 : Tuberculose des ganglions lymphatiques.

MARION et GANDY. — L'adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intraganglionnaires prétendue simple : *Archives générales de la Médecine*, 1901. p. 129 à 172.

Chavanne L. *Adénites subaiguës de l'aine.* Thèse de Lyon, 1902-1903.

Gosset. — Technique d'extirpation des adénites inguinales : *Journal de chirurgie*, 1909.

Durand-Nicolas-Favre. — Lymphogranulomatose localisée de l'aine : *Lyon Médical.* Société de chirurgie de Lyon pages 64-77, 1er mai 1913.

Mme Jolles-Zablondowski. — *Adénites périphériques et leur traitement par la radiothérapie.* Thèse de Paris, 1920.

Gougerot H. — Adénites chancrelleuses, bubons chancrelleux sans chancres, bubons chancrelleux chroniques, *Paris-Médical*, 1916, p. 438 à 441.